



Introspección sobre la restricción física en el anciano y sus posibles alternativas

Introspection about physical restraint in the elderly and possible alternatives

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Enfermería

Curso 2018/19

Autor: Ane Ontoso Bringas

Directora: Eva María Ríos Díaz

Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo

ÍNDICE

RESUMEN – ABSTRACT	5
PALABRAS CLAVE - KEY WORDS	5
1.INTRODUCCIÓN	6
1.1. Justificación de la elección del tema	6
1.2. Estrategia de búsqueda	7
1.3. Criterios de inclusión y exclusión	7
1.4. Objetivos	7
1.5. Descripción de los capítulos	8
2. CAPÍTULO 1: ASPECTOS GENERALES	8
2.1. Antecedentes y actualidad de las contenciones	8
2.2. Marco conceptual	9
2.3. Tipos de contenciones	9
2.3.1. Contención verbal	10
2.3.2. Medidas ambientales conductuales	10
2.3.3. Contención farmacológica	10
2.3.4. Contención física	11
2.4. Prevalencia del uso de contenciones	14
2.5. Legislación	16
2.5.1. Legislación nacional	17
2.5.2. Legislación internacional	17
3. CAPÍTULO 2: LESIONES DERIVADAS DEL USO DE LAS CONTENCIONES FÍSICAS.....	18
3.1. Complicaciones asociadas al uso de la contención mecánica.....	18

3.2. Prevalencia de accidentes causados por las contenciones mecánicas.....	20
4. CAPÍTULO 3: ABORDAJE DE LA ENFERMERÍA EN LAS CONTENCIONES MECÁNICAS	21
4.1. Procedimiento	21
4.1.1. Principios éticos	21
4.1.2. Normativa para cumplimentar una contención física, indicaciones y contraindicaciones	22
4.1.3. Consentimiento informado y prescripción facultativa	24
4.1.4. Retirada de la contención física	25
4.2. Alternativas a las restricciones físicas	26
5. CONCLUSIÓN	29
6. ANEXOS	30
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

RESUMEN

Las sujeciones físicas en la población mayor o dependiente se han utilizado tradicionalmente para la prevención de caídas, para garantizar la seguridad frente a alteraciones de conducta con riesgo para sí mismo o terceros, para controlar la agitación o para asegurar la aplicación de diferentes tratamientos sin riesgo.

La limitación de la libertad de movimientos de los portadores de contenciones es el último procedimiento al que debe recurrirse y se debería utilizar solamente ante la ineficacia de medidas conductuales.

En el caso que fuera estrictamente necesario su uso, se aplicaría la contención física, pero siempre utilizándose medios de sujeción homologados y realizando el procedimiento personal adiestrado para minimizar efectos secundarios.

Aunque se puede observar una disminución del uso de restricciones físicas en ancianos a nivel mundial en comparación con el siglo XX, la incidencia obtenida actualmente sigue siendo elevada. Sería interesante concienciar a los profesionales sanitarios y a la población en general, de que existen otras medidas sin la necesidad de vulnerar los principios básicos y los derechos de las personas.

PALABRAS CLAVE: restricción física, ancianos, residencias geriátricas, efectos secundarios.

ABSTRACT:

Physical restraints in the elderly or dependent population have traditionally been used for the prevention of falls, to ensure safety against alterations in behavior with risk to self or third parties, to control agitation or to ensure the application of different treatments without risk.

The limitation of freedom of movement with contention methods is the last procedure to be resorted to and should be used only in the case of the ineffectiveness of behavioral measures.

In the case that its use is strictly necessary, physical contention would apply, but always using approved means of subjection and being carried by trained personal minimize any side effects.

Although compared to the 20th century, we can observe a worldwide decrease in the use of physical restraints between elderly people, the incidence obtained is still high.

It is necessary to raise awareness among healthcare professionals and the population in general, that there are other measures without the need to violate the basic principles and rights of people.

KEY WORDS: Restraint physical, elderly, nursing homes, secondary effect.

1.INTRODUCCIÓN

Los primeros registros encontrados sobre la aplicación de contenciones físicas fueron en la Grecia clásica, con la utilización de tratamientos como cadenas para restringir los movimientos de los pacientes.

Aunque pudiera parecer propio de la antigüedad, todavía se continúan aplicando restricciones físicas a nivel mundial. En muchas residencias geriátricas se utilizan con el objetivo de prevenir caídas, impedir conductas autolesivas y heteroagresivas o para garantizar procedimientos invasivos, relacionándolas con una disminución de la vigilancia y una escasez de personal; y para procurar la tranquilidad de las instituciones (1).

Las contenciones mecánicas se definen como: “cualquier dispositivo físico o mecánico, material o equipo unido o adyacente al cuerpo del residente, que éste no es capaz de retirar con facilidad y que limita su libertad de movimiento o el acceso normal a su cuerpo” (2). Los más empleados son los chalecos, los cinturones de sujeción, las muñequeras, las tobilleras y las barras laterales (2).

El deterioro cognitivo, la desorientación, las alteraciones conductuales, los episodios de hetero/auto agresividad y las alteraciones del sueño entre otros, son los factores que contribuyen a un mayor empleo de contenciones.

El porcentaje del uso de sujeciones obtenido en España es superior al del resto de países analizados, alcanzando cifras del 40% en comparación con otros países. Obteniendo un 15% Francia, Italia, Noruega o EEUU; y en países como Suiza, Dinamarca, Islandia o Japón la prevalencia no alcanza un 10%. Se estima una gran variabilidad en las residencias geriátricas, desde un 7% hasta un 90%, según los datos obtenidos por la Confederación Estatal de Organizaciones de Mayores (CEOMA) (3).

No existe clara evidencia científica que avale el uso de las restricciones físicas como un beneficio. Por el contrario, su uso tiene efectos negativos y graves complicaciones en el paciente.

1.1.Justificación de la elección del tema

El motivo de elección del tema de esta revisión bibliográfica se centra en la gran controversia que existe respecto al manejo de las restricciones físicas en la tercera edad. Siendo testigo del uso de contenciones farmacológicas y físicas en residencias geriátricas, se ha podido corroborar que esta práctica origina un mayor aturdimiento, desorientación y confusión en el anciano.

Tras la búsqueda de información y la consulta de diferentes artículos de forma detallada, se han obtenido datos objetivos de la falta de formación de los profesionales sanitarios al respecto.

Finalmente, se optó por la realización de este trabajo con el fin de estudiar las complicaciones desencadenadas por el uso de las contenciones mecánicas en el anciano y su prevalencia, además de resaltar la posibilidad de utilizar otras alternativas sustituyendo a la contención y obteniendo mejores resultados.

1.2.Estrategia de búsqueda

Para realizar este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica mediante la utilización de distintas bases de datos como Google académico, PubMed, Dialnet, Medline, biblioteca de la

Universidad de Cantabria, de las cuales se han obtenido artículos de revistas científicas, tesis, libros, etc.

Se han utilizado diferentes descriptores de ciencias de la salud (DeCS y MeSH) que han sido empleados en esta monografía “restricción física, restraint physical”, “ancianos, aged, elderly”, “residencias geriátricas, nursing homes, homes for the aged”, “efecto secundario, secondary effect” a través de la utilización de términos booleanos “AND, OR, NOT” para realizar una búsqueda sistemática y lógica.

1.3. Criterios de inclusión y exclusión

Se ha preferido consultar artículos completos, guías, páginas web y libros de no más de 10 años de antigüedad, excepto aquellos de gran trascendencia. Por ejemplo, en los documentos empleados para analizar la prevalencia del uso de contenciones mecánicas, así como para explicar la legislación internacional, ha sido necesario revisar bibliografía de más de 10 años, debido a la falta de estudios en relación con este tema. Debido también a la escasa información aportada sobre contenciones mecánicas se ha optado por la utilización de documentos en inglés.

Se han descartado aquellos casos en los que las contenciones mecánicas no se empleasen en pacientes geriátricos y en residencias u hogares donde reside dicha población

1.4. Objetivos

Objetivo general:

El objetivo general de este trabajo es resaltar la importancia de utilizar otras alternativas diferentes a la contención física en la población geriátrica.

Objetivos específicos:

- Explicar que es una contención mecánica, los tipos de contenciones y su ley en vigor.
- Analizar las lesiones ocasionadas por el uso de las contenciones físicas en ancianos.
- Estudiar la prevalencia de la utilización de restricciones físicas y de incidentes ocasionados por las mismas a nivel nacional e internacional.
- Describir el papel de la enfermería ante el uso de las contenciones.

1.5. Descripción de los capítulos

Este trabajo está dividido en tres capítulos:

En el primer capítulo se definirá que es una contención mecánica y se estudiará su forma de empleo en décadas anteriores. Se explicarán los diferentes tipos de contenciones; contención verbal, farmacológica y física. Además de su uso y normativa vigente.

En el segundo capítulo se explicarán las lesiones derivadas del uso de contenciones mecánicas. Así mismo, se expondrán varios casos de fallecidos y complicaciones ocasionadas por el uso de restricciones. Se indicará el porcentaje de personas fallecidas e incidentes a causa de las sujeciones en diferentes países.

El tercer capítulo trata de señalar el papel de enfermería ante el uso de contenciones. Este capítulo engloba tres apartados donde se explicará la forma de evitar el manejo de restricciones físicas. En caso de usarlas, conocer los protocolos para realizar un uso adecuado, la formación correcta de los profesionales sanitarios y posibles alternativas al uso de contenciones.

2. CAPÍTULO 1: ASPECTOS GENERALES

2.1. Antecedentes y actualidad de las contenciones

Ya en la Grecia Clásica en el S. IV y V a.C. se registraron episodios basados en la utilización de las contenciones mecánicas, empleando cadenas en aquellas personas que pudiesen representar un peligro para sí mismos o para los demás (4).

Una de las referencias registradas en base a la utilización de las contenciones mecánicas fue en el siglo XIX (5), donde se reflejaba el desconocimiento de las diferencias existentes entre el castigo y las medidas terapéuticas a las que era sometido el paciente. A consecuencia de esto, se utilizaban distintos dispositivos como cadenas, látigos, red y grilletes con el objetivo de calmar y tranquilizar a la persona susceptible de llevar estas estructuras.

Con el paso de los años, se fueron inventando e innovando nuevos mecanismos con el fin de eliminar o reducir el nivel de agitación del paciente, como la camisa de fuerza, la correa para locos, la cama de fuerza, utensilios de irritación de la piel (5).

En el S. XIX Erasmus Darwin inventó la silla rotatoria “Una silla especial en la cual se sujetaba al enfermo por el tórax y las piernas, inmovilizándolo” (5). Otro invento fue la máscara y la pera, que consistía en la colocación de una máscara evitando que el paciente gesticulase (5).

En el S. XIX se encontraban a disposición de los manicomios unos reglamentos donde se justificaba el manejo de las contenciones ante la desobediencia y la negación del paciente frente a cualquier adversidad (5). Estas contenciones podían ser una cesta de mimbre y un armario inglés que imposibilitaban la movilidad del enfermo.

A finales de la “década de los 90” España no tenía a su disposición una normativa específica donde se indicase el uso racional de las contenciones y de forma protocolizada, lo que dio lugar a un descontrol en cuanto a su utilización. El buen uso y la supervisión de dichas sujeciones dependía de la sensibilización y buena práctica de los profesionales. Durante esta etapa se empleaban como métodos de sujeción utensilios destinados a otros fines como como sábanas, mantas, cinturones, etc (6).

Existían lugares de residencia de la tercera edad donde los profesionales ocultaban el uso de las contenciones, privando la participación de la familia en la toma de decisiones. Además de no supervisar el estado de la persona a la que se le aplicaban dichas medidas.

Al principio del S. XX las instituciones comenzaron a crear protocolos y guías acerca del uso de contenciones, a consecuencia de las innumerables quejas de los familiares y profesionales. El principal problema que causó el desarrollo de protocolos respecto a su manejo fue el elevado número de sujeciones aplicadas por los profesionales, asociándolo a las posibles reclamaciones por caídas y accidentes por parte de los familiares (6).

Actualmente, se define una sujeción mecánica como “intencionada limitación de la espontánea expresión o comportamiento de una persona, o de la libertad de sus movimientos, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a su cuerpo, del que no puede liberarse con facilidad” (7). Esta definición no hace referencia a las contenciones habitualmente utilizadas en intervenciones quirúrgicas, en procedimientos diagnósticos y terapéuticos, es decir, aquellas que no vulneren los derechos de los pacientes, la integridad física y mental.

En el momento actual, se están estudiando distintas alternativas con el motivo principal de reducir o eliminar las contenciones físicas e incluso indicando lugares de residencias libres de contenciones, donde se garantice el mantenimiento de la dignidad, la autoestima, la calidad de vida, la seguridad legal y jurídica de las personas (6).

2.2. Marco conceptual

Es interesante explicar que existen diferentes términos para nombrar una misma idea: sujeción, contención, restricción. Por lo que a continuación se definirán dichos conceptos para aclarar el significado de cada uno de ellos.

Según la Real Academia de la Lengua Española se define (6):

- Sujeción: “Acción de sujetar. Unión con la que algo está sujeto de modo que no puede separarse, dividirse o inclinarse” (6).
- Restricción: “Acción y efecto de contener. Sujetar el movimiento de un cuerpo” (6).
- Contención: “Acción y efecto de restringir” (6).

Otro factor que contribuye a un aumento de la complejidad son las condiciones de clasificación, donde se establece que se pueden agrupar según (6):

- El sistema de aplicación: “sujeción física o mecánica, sujeción química o farmacológica”.
- El material de aplicación: cinturón abdominal, cinturón de cama, muñequeras, etc.
- La duración:
 1. Agudas o esporádicas: en un momento determinado, duración menor a 2-3 días.
 2. Crónicas o permanentes: duración mayor a 2-3 días y normalmente se pautan.

Voluntarias o involuntarias.

2.3. Tipos de contenciones.

En residencias de media y larga estancia habitan ancianos que sufren episodios de agitación psicomotriz, presentando un alto riesgo de autolesionarse o lesionar a terceras personas. En muchas ocasiones, estas residencias se inclinan por la utilización de medios que cohiben la movilización del paciente, empleando contenciones mecánicas, siendo muy habitual en la práctica enfermera.

Existen una serie de actuaciones que se ejecutarán en función de la fase de agitación en la que se encuentre el paciente.

2.3.1. Contención verbal

En primer lugar, se optará por la contención verbal definiéndose como “aproximación no coercitiva que puede ayudar a controlar algunos trastornos de conducta, atenuar el nivel de activación y evitar una potencial agitación psicomotriz” (8) cuando la pérdida de conducta sea moderada.

El objetivo de la contención verbal es disminuir la agresividad, provocación y violencia del paciente, observando y atendiendo a una serie de factores como pueden ser el tono de voz, el balanceo constante, la tensión muscular, la repetición de preguntas, violencia reciente y agitación creciente, que adviertan la posibilidad de actuar de forma inminente mediante la utilización de dicha contención (9).

Los profesionales deben mostrar confianza y seguridad en ellos mismos, al igual que protección al paciente frente a su enfermedad. Se comunicarán con la persona afectada manteniendo un tono calmado y tranquilizador, sin alzar la voz, a pesar de encontrarse en situaciones de agresividad verbal por parte del paciente. A lo largo de la contención la comunicación será verbal y no verbal, prestando gran atención al lenguaje corporal y gestual.

La finalidad de esta actuación es reducir el nivel de irritabilidad o hiperactividad del paciente mediante la eliminación de estímulos auditivos o visuales como el ruido, la luz, el desorden, etc. Se intentará disminuir dicha agresividad mediante la distracción del paciente con la realización de actividades sencillas y adaptadas a su situación actual, haciéndole preguntas que llamen su atención e incluso requiriendo la presencia de personas que le proporcionen tranquilidad y sean capaces de disminuir la tensión (9).

2.3.2. Medidas ambientales conductuales

El cambio ambiental consiste en modificar el entorno del paciente en situaciones de agitación, con el objetivo de aumentar la seguridad, tranquilidad y potenciar el bienestar de la persona afectada, sustituyendo conductas inapropiadas (10) por una situación más llevadera y asequible. La enfermera debe establecer una relación de confianza, complicidad y confort con el usuario para obtener el máximo resultado posible. Una de las medidas ejercidas por parte de los profesionales sanitarios es la distracción lúdica (11) como método de entretenimiento con el fin de prevenir la aparición de la crisis o la reducción de la misma, potenciando el contacto social con otros usuarios y profesionales y aumentando su autoestima.

2.3.3. Contención farmacológica

La sujeción farmacológica se emplea cuando las medidas conductuales no han sido eficaces y no se ha conseguido reducir o eliminar la irritabilidad y agresividad del paciente.

En los últimos años, el uso de sujeciones farmacológicas ha aumentado de forma desmesurada. La sujeción farmacológica se define como “intencionada limitación de la espontánea expresión o comportamiento de una persona, o de la libertad de sus movimientos, o su actividad física, mediante cualquier fármaco” (1).

Las sustancias de mayor empleo son aquellas que afectan directamente al sistema nervioso central (SNC) como benzodiacepinas, neurolépticos, hipnóticos, sedantes, antiepiléptico con efecto sedante, antidepresivos sedantes (6). (ANEXO 1)

Se considera sujeción farmacológica a cualquier psicofármaco aplicado en aquellos casos que no se requiera su empleo, es decir, ante la falta de alucinaciones, delirios o en pacientes agresivos ocasionados por la propia enfermedad como puede ser el Alzheimer ya que su utilización puede comprometer las actividades básicas de la vida diaria como levantarse, ir al baño, comer, etc independientemente de la dosis o familia a la que pertenezca.

El motivo principal por el cual se hace uso de estas sustancias es calmar/tranquilizar al paciente con el objetivo de no autolesionarse o producir daños a terceras personas o su entorno, proporcionando una dosis mínima y el menor riesgo posible para el paciente. (8).

Ante la utilización de los fármacos indicados anteriormente se deberá vigilar de forma constante la obtención del resultado esperado y la posibilidad de la aparición de efectos secundarios, en ese caso se reducirá al máximo los riesgos asociados.

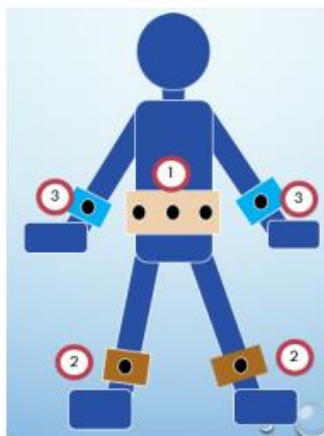
2.3.4. Contención mecánica

Ante el fracaso de la utilización de medidas conductuales y farmacológicas, y siempre que sea estrictamente necesario, se procederá al uso de contenciones mecánicas.

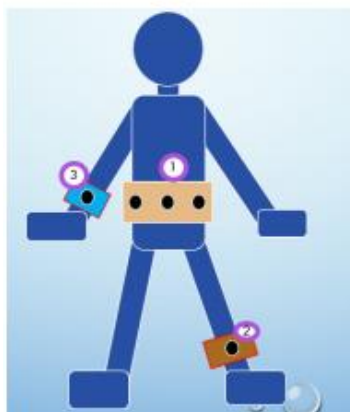
Se entiende por sujeción física y/o mecánica según su definición “el uso de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o impedirlos en su totalidad, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno” (13).

La contención de una persona se puede llevar a cabo de dos maneras (13):

- **Sujeción completa:** se centra en la inmovilización del tronco y las cuatro extremidades, lo que indica una contención de cinco puntos. En primer lugar, se procederá a la colocación del cinturón abdominal y posteriormente las cuatro extremidades. Ambas extremidades superiores e inferiores se pondrán en diagonal. Una vez instalada la contención se elevará el cabecero de la cama para favorecer la respiración del paciente y evitar el riesgo de aspiración.



- **Sujeción parcial:** se centra en la inmovilización del tronco y 2 extremidades, dando lugar a una contención de 3 puntos. Se puede llevar a cabo en diferentes medios como puede ser en cama y en silla. En primer lugar, se colocará el cinturón abdominal. En segundo lugar, las extremidades que se consideren, que se dispondrán en diagonal, por un lado, el miembro superior derecho (MSD) junto con el miembro inferior izquierdo (MII), o el miembro superior izquierdo (MSI) junto con el miembro inferior derecho (MID). Posteriormente, se elevará la cabecera de la cama. Esta contención se aplica en pacientes con “discapacidad psíquica grave y con conductas autolesivas” (13).



En caso de aplicarla en la silla el procedimiento para contener al paciente es el mismo, pero requiere mayor supervisión para evitar daños por caídas o colgamientos. Normalmente, este método de aplicación se lleva a cabo en pacientes con deterioro cognitivo moderado-severo.

La sujeción puede ser (14):

- **Voluntaria:** cuando es solicitada de forma libre por el paciente y su empleo genera más beneficios que riesgos para el usuario.
- **Involuntaria:** cuando el comportamiento del paciente representa una amenaza para él mismo y terceras personas, o en situaciones donde se requiera su aplicación para mantener el plan terapéutico como sondas vesicales, catéteres, sondas nasogástricas...

Existen gran diversidad respecto a los diferentes tipos de dispositivos empleados como contención mecánica, los más utilizados son (14):

Barandillas o barras protectoras: dispositivo abatible que se coloca a ambos lados de la cama, con el propósito de evitar que el paciente/usuario se caiga por el lateral, o se levante en ausencia del cuidador.



En numerosas ocasiones no es suficiente con las barras laterales (15) en pacientes que padecen demencia, por lo que se requerirá una protección más segura. Por lo tanto, se procederá a la colocación de un protector almohadado para evitar que el paciente se lesione con la barandilla o introduzca los brazos o las piernas entre los huecos de la contención. Esta protección se coloca a través de unos velcros o cintas que se amoldan a las barras de sujeción impidiendo que el protector se desplace entre los huecos.



Cinturón abdominal como método de sujeción en la cama: cincha o cinturón que se coloca en el abdomen del paciente, permitiendo el giro lateral y la incorporación parcial en la cama.



Cinturón abdominal: cincha que se coloca abrazando el abdomen del usuario y sujeta al respaldo de la silla o sillón, para evitar que se levante de la misma en ausencia del cuidador o evitar que se caiga hacia delante.



Chaleco con sujeción al tronco: prenda que sujeta el tronco del paciente o usuario al respaldo de la silla.



Cuando se realizan muchas de las actividades cotidianas como puede ser comer, mantener una postura apropiada, etc se debería utilizar mobiliario adecuado para esas situaciones, como sillas, sillones y mesas convencionales. En caso de emergencia ante la utilización de estos dispositivos se procederá a su retirada de forma precoz y eficiente en un tiempo correcto (6).

Cuando se habla de mobiliario en unas condiciones adecuadas se hace referencia a su estado, donde se adopten unas posiciones e inclinaciones adecuadas que impidan el bloqueo del paciente en cuanto a su movilidad, por ejemplo, colocando a un paciente en un sillón contra una pared o columna que le impida moverse (6).

Existen otros dispositivos utilizados con menor frecuencia o en combinación con los de mayor continuidad, como por ejemplo, manoplas, elemento atravesado, chaleco o cinturón con sujeción perineal, sabana de inmovilización, muñequeras y tobilleras junto con el cinturón abdominal.

2.4. Prevalencia del uso de contenciones.

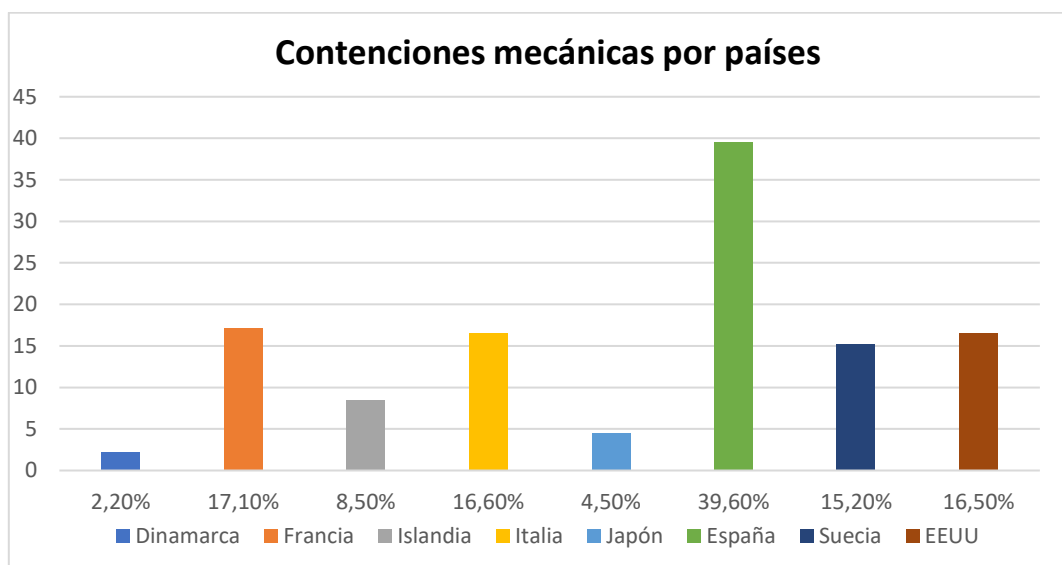
Tras realizar una búsqueda detallada de diferentes documentos, se ha podido corroborar la escasez de estudios donde se analice la prevalencia del uso de contenciones físicas en España.

El primer estudio seleccionado fue publicado en 1997 donde se reflexiona sobre la frecuencia y el tipo de restricciones empleadas en 8 países (16).

Los factores a tener en cuenta respecto a la utilización de contenciones en ancianos son la incapacidad funcional y el deterioro cognitivo. Los profesionales sanitarios manejan cada vez más las sujeciones mecánicas al aumentar el número de personas con dichas dolencias. El uso de restricciones físicas en pacientes con deterioro cognitivo es de cuatro a seis veces superior que en pacientes con deterioro funcional físico.

Su utilización varía entre países e instituciones. Un ejemplo de ello es Estados Unidos, donde se registran cifras tan altas como del 85% en organizaciones con pacientes que requieren especial atención, a diferencia de otras que, encontrándose en la misma situación, obtienen cifras mucho más bajas.

Se alcanzaron cifras muy bajas sobre la prevalencia del uso de contenciones en Dinamarca, Islandia y Japón, con menos de un 9%. Entre un 15 y un 17% se encuentra registrado Francia, Italia, Suecia y Estados Unidos, mientras que en España se consiguieron las cifras más elevadas, registrando casi un 40%.



El tipo de restricción empleada varía según el país, en Suecia y en Estados Unidos el método utilizado con mayor frecuencia es el cinturón abdominal. En otros países, la contención de mayor utilización es el chaleco abdominal evitando el levantamiento del paciente con el consiguiente riesgo de caídas, como ocurre en España. Las restricciones empleadas para la sujeción de las extremidades se utilizan en combinación con otros métodos.

En base a las cifras obtenidas del uso diario de contenciones, varía en función del país a investigar. Dinamarca e Islandia tienen un bajo porcentaje de uso diario, al contrario que en España que alcanza cifras elevadas en cuanto al uso total de restricciones.

Este estudio se ha dividido en cuatro subgrupos que son (16):

1. Bajo deterioro funcional y bajo deterioro cognitivo.
2. Bajo deterioro funcional y alto deterioro cognitivo.
3. Alto deterioro funcional y bajo deterioro cognitivo.
4. Alto deterioro funcional y alto deterioro cognitivo.

Dinamarca y Japón no aplican las restricciones en aquellos pacientes que presenten “bajo deterioro cognitivo y funcional”, lo mismo ocurre en las personas que sufren “bajo deterioro funcional y alto deterioro cognitivo”, por lo que su prevalencia es prácticamente de 0.0. En el caso de Islandia, Suecia, Francia y Estados Unidos, muestran un alto nivel en cuanto al uso de restricciones físicas en el subgrupo denominado “alto deterioro funcional y alto deterioro cognitivo”. En Italia un elevado porcentaje en “alto deterioro funcional y bajo deterioro cognitivo”. Sin embargo, en España se obtuvo un elevado porcentaje en los cuatro subgrupos.

Otro estudio de España publicado en el 2008 y realizado por “Damian et al” (17), notificó ciertos valores en base al uso de sujeciones físicas de un 8,4% y un 20,8%, incluyendo en este último porcentaje las barandillas dobles como método de sujeción. Un dato de gran relevancia es el

porcentaje adquirido por aquellos pacientes portadores de barandillas sin ningún grado de deterioro cognitivo, alcanzando cifras de un 22,4%.

Este mismo estudio destacó que un 3,9% de pacientes geriátricos independientes para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y sin deterioro cognitivo tienen al menos un dispositivo de contención. Otro punto de gran interés es el porcentaje de restricciones que manejan los profesionales sanitarios de forma permanente (71,4%) (17).

Otro estudio promovido por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) (18), se centró en investigar el uso de sujeciones diarias y los factores que influyen en su utilización en España, incluyendo mayoritariamente al sector privado. Para ello se vio necesario crear un programa de recogida de información basado en la confianza, denominado “benchmarking anónimo”. Participando 63 residencias con 5080 plazas y 4430 residentes, dichas instituciones relacionadas con la CEOMA. Para la recogida de información se puso a disposición de los centros un formulario denominado “censo de residentes (CR)”, dividido bajo dos criterios, las condiciones de los residentes y la información estructural del centro, en un periodo de 7 días. Finalmente, se obtuvo una prevalencia del 17,61% coexistiendo relación entre las sujeciones, la demencia y el uso de barandillas diariamente.

Tras realizar una lectura sistemática de los diferentes artículos seleccionados se ha podido comprobar una disminución en base al uso de las contenciones en el anciano. A pesar, de reducir esta cifra año tras año su prevalencia sigue siendo elevada, especialmente en España.

2.5. Legislación a nivel internacional y nacional.

Con frecuencia las contenciones mecánicas son utilizadas de manera incorrecta, sin llevar a cabo un control rutinario, vulnerando los principios éticos de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.

A pesar de no haber una ley en España que regule con exactitud el uso de las contenciones, existe a disposición de los profesionales sanitarios un estatuto y actividades reguladas acerca de las intervenciones realizadas con estos dispositivos, reflejándose en los protocolos de los servicios autonómicos. Todo profesional debe tener conocimiento y constancia de ello (19).

1. **Constitución Española: Art. 17.1** “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley” (20).
2. **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Arts. 4, 5, 8 y 9** (20).
3. **Código Civil (Art.211) y Ley de Enjuiciamiento Civil (Art.763)** “sobre Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico” (20).
4. **Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948:** “derecho a la vida, libertad y seguridad” (4).
5. **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad:** “respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad” (4).
6. **Código deontológico de la enfermería española:** “respeto a la dignidad humana y salvaguarda de los derechos humanos” (4).

7. **Orden 6/2/1990, de 6 de noviembre.** “Derechos de los ciudadanos en los servicios sociales”.
8. **Ley 12/2001 de 21 de diciembre.** “Ley de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid”.
9. **Ley 1/1999, de 31 de marzo.** “Atención a personas con discapacidad en Andalucía”.

2.5.1. Legislación nacional.

A nivel nacional se encuentran protocolos de diferentes hospitales y servicios autonómicos de salud, haciendo referencia al uso de contenciones en el ámbito de los servicios sociales como pueden ser (4):

- Protocolo de contención de pacientes, del servicio de salud del principado de Asturias. (8)
- Protocolo de contención y sujeción de pacientes realizado por el servicio de psiquiatría del hospital de Cruces. (21)
- Protocolo de contención mecánica, del servicio Andaluz de Salud. (13)
- Protocolo de contención de movimientos de pacientes del hospital clínico San Carlos de Madrid. (22)
- Protocolo de contención mecánica por la junta de Extremadura. (20)

Estos protocolos tomaron como guía un libro cuyo nombre es “*contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento*” (4) para desarrollar los protocolos en dichos servicios.

2.5.2. Legislación internacional

A nivel internacional se implantaron nuevas leyes y protocolos con el objetivo de regular un uso racional de las contenciones y disminuir su prevalencia, con la consiguiente reducción de muertes y lesiones ocasionadas por un uso inadecuado de las restricciones.

Además, existe un documento donde se reflejan las características que deben cumplir las instituciones y los criterios de formación de los profesionales que ejercen en dichos centros. Este documento se denomina “*Restraint and seclusion standards 2001*” editado en el 2001 por The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (4).

Algunos países que implantaron nuevas leyes o protocolos sobre las contenciones mecánicas son los siguientes:

Estados Unidos (23): En 1987 publican oficialmente la Ley de Reforma de hogares de ancianos, formando parte de la Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 (OBRA 87). Se consideró un estatuto histórico al implantar nuevos estándares y actualizar el proceso de inspección y cumplimiento respecto a las normas y condiciones de las residencias, garantizando una mejora de la calidad de vida de las personas residentes en dichos lugares.

En estos últimos años, la atención y dedicación del anciano en hospitales geriátricos ha evolucionado de forma notable. Uno de los cambios que ha tenido gran trascendencia acerca de la mejora de la calidad de vida ha sido la reducción y limitación de las restricciones físicas.

Existen estudios que avalan los datos obtenidos respecto al uso de las contenciones mecánicas desde la implantación de esta ley (OBRA 87). Estos datos son los siguientes: al final de la década de 1980 la prevalencia era aproximadamente del 41% reduciéndose año tras año hasta un 10,3% en el 2006 (23).

Respecto a las contenciones OBRA 87 advierte que los pacientes no pueden estar contenidos de forma indefinida; los residentes deben ser ejercitados o liberados cada 2h para evitar la aparición de complicaciones (23).

Al igual que Estados Unidos existen numerosos países que desarrollaron protocolos donde se indican los criterios a tener en cuenta para llevar a cabo su utilización, como se debe realizar y que pasos se han de seguir y uno de ellos es Buenos Aires.

3. CAPÍTULO 2: LESIONES DERIVADAS DEL USO DE LAS CONTENCIONES FÍSICAS

3.1. Complicaciones asociadas al uso de la contención mecánica

La utilización incorrecta de las contenciones mecánicas origina resultados fatídicos, desde leves complicaciones hasta la propia muerte. En su gran mayoría se debe a una mala praxis, donde los profesionales sanitarios no cumplen los requisitos de rigor, como la falta de supervisión horaria donde se debe comprobar el estado de confusión mental del paciente, el mal uso de los dispositivos y/o la falta de personal.

La mayoría de los dispositivos involucrados en los accidentes ocasionados en personas de la tercera edad son las barras laterales de protección, los cinturones de sujeción y los chalecos (24). Estos accidentes ocurren cuando el paciente desea abandonar la cama o el sillón, permaneciendo atrapado por el dispositivo, ejerciendo una presión sobre el “cuello, el tórax o la parte superior del abdomen” (24), dando lugar a la asfixia como principal mecanismo de muerte.

Muchas instituciones utilizan estas medidas como sistemas de seguridad frente al riesgo de caídas o daños, ante el desconocimiento de las complicaciones que produce. La mayoría de los pacientes que hacen uso de estos dispositivos presentan episodios de agitación y deterioro cognitivo.

A continuación, se expondrán 3 casos en los cuales se produjo la muerte a consecuencia del uso de restricciones en pacientes con deterioro cognitivo.

Caso nº1:

Mujer de 81 años con trastorno cognitivo, episodios de agitación y deambulación errática, por lo que se decide contención nocturna con barras laterales, las cuales manipulaba con frecuencia, y cinturón abdominal. El cuerpo sin vida fue encontrado suspendido a un lado de la cama, prácticamente de pie y sujetado por el cinturón oprimiéndole el abdomen (24).

Caso nº2:

Mujer de 85 años que padecía trastorno cognitivo con episodios de desorientación, por lo que optaron por la colocación de barras laterales y cinturón abdominal, habiendo sufrido percances

anteriores con dichos dispositivos. Tras retirar las barras laterales, por manipulación propia de la paciente, e intentar movilizarse, quedó colgada de un lateral. Debido al cinturón que le comprimía el abdomen se produjo la asfixia, ocasionándole la muerte (24).

Caso nº3:

Mujer de 72 años con síndrome depresivo, deterioro cognitivo (demencia), incapacidad para controlar los esfínteres, insomnio y agitación nocturna. A causa de los episodios de agitación y las patologías que sufría, se prescribieron medidas de contención físicas con el fin de disminuir o evitar el riesgo de caídas. La paciente fue encontrada fallecida en su cuarto, suspendida en la cama. El cuerpo se hallaba retenido por el cinturón a la altura de la zona abdominal contra el suelo (25).

Tras analizar de forma exhaustiva las muertes provocadas por el uso de las contenciones físicas, se obtuvieron puntos en común respecto a la utilización de dichas medidas, como la edad avanzada, el deterioro cognitivo, la agitación y la desorientación de las personas. Esto ocasiona el uso reiterado de la contención física junto a la farmacológica en determinadas ocasiones. Otro factor que conlleva el empleo de estas medidas es la reducción de personal en determinados horarios, sobre todo en fin de semana y en horario nocturno, disminuyendo la supervisión horaria de aquellos pacientes portadores de contenciones (24).

Muchos de los profesionales que aplican estos medios no son conocedores de las desventajas que producen en el anciano, aumentando los riesgos y reduciendo los beneficios en el paciente. Si se tiene en cuenta el periodo en el que se puede producir la muerte (10-20 minutos), la frecuencia en la que los profesionales visitan a los pacientes es insuficiente. En los tres casos expuestos el mecanismo de muerte fue la asfixia, en dos de los tres casos no existían protocolos de supervisión, por lo que el control de los pacientes no se realizaba de forma reiterada. El mecanismo de muerte producido por el cinturón abdominal es debido a un aumento de la presión toraco-abdominal, comprometiendo la respiración. Una vez agotadas sus fuerzas se dejan caer sobre su propio cuerpo, incrementando el peso sobre el cinturón, aumentando los problemas respiratorios y provocando la muerte (25)

La asfixia puede ser causada por diferentes mecanismos, como por ejemplo (1);

- El estrangulamiento, donde las vías respiratorias se encuentran comprometidas al oprimir el conducto aéreo contra los músculos y elementos vasculonerviosos presentes en dicha zona, es decir, la región prevertebral. Estos factores generan una disminución del oxígeno en aquellos órganos vitales que mantienen la estabilidad del paciente.
- La asfixia postural o posicional por suspensión: el paciente queda suspendido por el dispositivo a la altura de la zona abdominal, dificultando el acceso del aire por la vía aérea reduciendo la capacidad pulmonar. Esta situación puede agravarse si la cabeza se encuentra hiperflexionada sobre el cuello, lo que dificultaría la inhalación de aire.
- Sofocación por compresión toracoabdominal: ocurre cuando el paciente queda atrapado entre las diferentes estructuras de la cama y los dispositivos adicionales que se les implantan como método de restricción, como por ejemplo, entre la cama y las barras de seguridad, ejerciendo fuerza sobre el tórax e impidiendo una expansión torácica correcta. Uno de los brazos se encuentra atrapado bajo su propio cuerpo, impidiéndole apoyarse sobre una superficie que le permita liberar la tensión ejercida sobre la zona corporal comprometida.

Otra de las causas por las que puede fallecer un paciente es a consecuencia de la muerte súbita, debido a un manejo incorrecto de la restricción mecánica, donde el paciente es sometido a un nivel de estrés físico y emocional desmesurado, junto a la fuerza ejercida, la agitación y la ansiedad que desencadena la aplicación de estos dispositivos. Además, estos factores generan efectos negativos a nivel cardiovascular (1).

Otras complicaciones derivadas del uso de estos dispositivos además de la propia muerte son (1):

- Lesiones por caídas y golpes: estos traumatismos ocurren cuando el paciente se desplaza por medio de las barras laterales al intentar salir de la cama. Hay movimientos del paciente que originan un desplazamiento del centro de gravedad, aumentando el riesgo de caídas. Por ejemplo, un paciente sostenido a una silla por una restricción, como el cinturón de contención, puede perder la estabilidad y volcar hacia el suelo. Otras lesiones que pueden aparecer son hematomas, laceraciones, fracturas, luxaciones, etc.
- Lesiones por quemaduras: Estas lesiones ocurren cuando el paciente se encuentra fumando en la cama o utiliza dispositivos de fuego con el propósito de liberarse de dicha contención, provocando quemaduras de diferente grado.
- Aspiración: se desarrolla en pacientes posicionados en decúbito supino y bajo nivel de conciencia, pudiendo ocasionar asfixia, neumonía o edema de pulmón.

Existen innumerables complicaciones a consecuencia del manejo de las contenciones mecánicas, añadiendo a las anteriormente nombradas la isquemia de miembros, compresión nerviosa, lesiones neurológicas como la opresión del plexo braquial (4). De manera indirecta a consecuencia de estos dispositivos pueden aparecer úlceras por presión, aumento del deterioro cognitivo y aumento de la incontinencia urinaria y fecal, alteraciones musculoesqueléticas como la pérdida de fuerza muscular y la rigidez articular, desnutrición, estreñimiento, un incremento de la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), estreñimiento etc.

No siempre la muerte de un paciente portador de una contención se produce como resultado de la misma. Un ejemplo es el caso de un paciente que padecía cáncer de estómago metastásico y episodios de depresión, que falleció al intentar suicidarse y como consecuencia de las quemaduras originadas al prender la cama en la que se encontraba, descartándose como causa de muerte la asfixia (26).

3.2. Prevalencia de accidentes causados por las contenciones mecánicas.

El manejo de las contenciones mecánicas ha tenido gran trascendencia a nivel nacional e internacional, donde diferentes instituciones a nivel público y privado implantaron el uso de las restricciones sin adquirir los conocimientos adecuados respecto a las complicaciones que origina el uso de dichas medidas.

Por ello se ha realizado una lectura detallada de los distintos artículos seleccionados, a pesar de disponer de escasos estudios que abarquen la estadística real acerca de los incidentes y contratiempos que tienen lugar a partir de la utilización de estos mecanismos.

Un estudio publicado en España en 2009 informa que en EEUU (24) se registraron alrededor de 200 muertes al año, provocadas por el uso de las restricciones en residencias geriátricas. Entre 1985 y 2006 se informó de 700 accidentes graves de los cuales 413 fallecieron, todos ellos

portadores de contenciones mecánicas, atentando contra la dignidad y autoestima de los pacientes, haciéndolos más vulnerables. Por otro lado, estudios realizados en Holanda (24) notifican prácticamente 4 muertes por año, debido a un uso inadecuado de las barras laterales de seguridad.

A nivel nacional se encuentra Cantabria (25) donde se registra que, de 4000 plazas a disposición de los usuarios en las distintas instituciones, al menos un 20% requiere hacer uso de contenciones, lo que equivale a 800 personas. A partir de estos datos se comunicaron 4 muertes en distintos años, siendo los pacientes fallecidos portadores de cinturones de contención.

La mayoría de los accidentes suceden en residencias geriátricas, pero no por ello hay que olvidar los hospitales y la propia comunidad, donde muchos pacientes que residen en sus propios hogares hacen uso de restricciones físicas. Es verdad que, prácticamente los incidentes ocasionados por las contenciones físicas ocurren en los centros gerontológicos, pero existe un porcentaje en su minoría de altercados descritos en otras instituciones. Una investigación realizada en 1992 sobre 122 muertes (1) declaró que el 85% de estos casos tenían lugar en centros gerontológicos y el otro 15% en el resto de las instituciones (1). Otro estudio de características similares destacó que “el 61,3% de los incidentes ocurrían en residencias de personas mayores, el 24,2 % en el hospital, el 8,1% en los domicilios de las víctimas y el 6,4% en el resto de las organizaciones” (1).

El número de altercados originados por estos dispositivos abarcan un porcentaje muy reducido en comparación con el nivel de utilización, teniendo en cuenta que estos materiales son empleados para aportar una mayor seguridad y reducir los daños en el paciente.

4. CAPÍTULO 3: ABORDAJE DE LA ENFERMERÍA EN LAS CONTENCIONES MECÁNICAS.

4.1. Procedimiento

Para evitar el uso de las restricciones físicas se intentará previamente abordar la situación con la contención verbal o psicológica, el cambio ambiental y la contención farmacológica.

Frente al fracaso de las diversas alternativas que están a disposición de los profesionales sanitarios con el fin de reducir las conductas inapropiadas por parte del paciente, y solo en caso de estricta necesidad, se procederá a la manipulación y manejo de las contenciones mecánicas como última opción.

4.1.1. Principios éticos

Toda contención debe respetar los principios básicos de la persona a la que se le apliquen dichas contenciones y no atentar contra la voluntad, dignidad, vulnerabilidad y autoestima del usuario. Prestando especial atención a los cuatro principios éticos de “no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía” (4).

- *Principio de no maleficencia:* hace referencia al compromiso que ejerce la persona encargada de aplicar la contención física de no hacer daño a la persona contenida. Por daño se entiende a todo aquello que afecte al paciente tanto físico como moralmente.

Este principio no se cumple cuando la restricción física es aplicada de forma inadecuada o la técnica llevada a cabo es inapropiada para el paciente. Esta alusión requiere que todo procedimiento debe estar correctamente indicado y justificado. En caso contrario, el principio de no maleficencia se estaría infringiendo, lo que equivale a una mala praxis, reprochable desde el punto de vista ético y jurídico (4).

- *Principio de justicia:* hace referencia a la equidad e igualdad. Se debe atender a todas las personas de forma similar, independientemente de su cultura, edad, género y etnia (28). Guiar adecuadamente en las técnicas, sin ningún tipo de discriminación en el uso de los recursos y materiales disponibles (4).
- *Principio de beneficencia:* consiste en aportar el mayor bienestar posible a terceras personas. Este principio adquiere gran importancia en personas portadoras de contenciones debido a su incapacidad para autogestionarse en aquellas intervenciones que le aporten un mayor beneficio y satisfacción. En muchos casos esa incapacidad es temporal, de forma que los profesionales deben llevar a cabo una valoración de forma reiterada para no continuar con dicha sujeción más tiempo del necesario (4).
- *Principio de autonomía:* hace referencia a la aptitud que tiene la persona para autogestionarse, actuando bajo unos conocimientos y criterios con el fin de establecer un proyecto de vida. Los usuarios portadores de las contenciones presentan movilidad reducida, lo que implica una limitación en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y distintas tareas que lleven asociada la libertad de movimiento (4).

4.1.2. Normativa para cumplimentar una contención física (indicaciones y contraindicaciones).

Los profesionales sanitarios deben tener constancia de los cuatro principios éticos que no hay que vulnerar, al igual que el procedimiento que hay que llevar a cabo a la hora de contener al paciente con el objetivo de no provocar lesiones ocasionadas por la manipulación de la contención.

El número ideal de personas para llevar a cabo una contención sería de cinco, permitiéndose realizarlo con un mínimo de cuatro (4).

Cuatro de ellos se encargan de las extremidades superiores e inferiores y la quinta de sujetar la cabeza. El profesional encargado de sujetar la cabeza juega un papel muy importante debido a que es él quien dirige y organiza al resto de compañeros, de tal forma que cada profesional ya tiene estipulada su función, evitando la distracción de cualquiera de ellos durante la sujeción. Además, será el encargado de informar al paciente de cada uno de los pasos a realizar para aportar la mayor tranquilidad posible (4).

El profesional de enfermería es quien evalúa la necesidad de contener a un paciente. Si la contención debe ser ejecutada de forma inmediata, serán los profesionales de enfermería los encargados de guiar, indicar y gestionar las maniobras de dicha sujeción. Previamente se avisará al facultativo encargado del paciente o en su ausencia al facultativo de guardia, para evaluar su situación y confirmar o denegar en su caso la necesidad de contener al usuario. El facultativo está obligado a realizar un escrito indicando la orden médica, que puede ser antes o después de la contención. En caso de ejecutar la maniobra en presencia del facultativo será él mismo quien dirija la contención (4).

El personal de enfermería y auxiliar participará en la sujeción física, siendo el encargado del control y de contener los miembros. Los celadores juegan un papel importante ya que serán los encargados de transportar al paciente hasta el lugar donde se realice la técnica. Se puede solicitar la presencia del personal de seguridad cuando el número de profesionales allí presentes sea inferior al mínimo recomendado, o cuando el protocolo de dicha institución así lo requiera.

Pasos a seguir en una contención (8):

1. La persona encargada de sujetar la cabeza será quien guíe al resto de profesionales durante el procedimiento. Se sujeta la cabeza para evitar que la persona se golpee o agreda a terceros.
2. El primer paso que hay que realizar en la sujeción física es colocar el cinturón abdominal. La correa más ancha de la contención tiene como finalidad sujetar el tronco a la cama de forma segura y fija.
3. Piernas extendidas y sutilmente abiertas colocando los tobillos en las tiras de sujeción.
4. Brazos estirados y separados del cuerpo, colocando las muñecas en las tiras correspondientes y sujetándolas.
5. Toda contención debe permitir tanto el acceso a la administración de un tratamiento endovenoso, como la posibilidad de suministrar líquidos o alimentos al paciente.
6. Cabecero de la cama elevado entre 30 y 45°C.

Se considera que la contención mecánica está indicada en los siguientes supuestos (14,21):

1. Cuando la situación o la actitud del paciente comprometa su bienestar físico o el de terceras personas:
 - Evitar la autoagresividad o heteroagresividad.
 - Evitar el suicidio.
 - Situaciones en las que se necesite mantener a un paciente sedado y controlar las posturas adoptadas por el paciente, con la finalidad de impedir la aparición de deformidades y en casos de gravedad deterioro neuromuscular.
 - Riesgo de fuga: cuando la posibilidad de que se lleve a cabo esta acción sea muy alta y suponga un peligro para el propio paciente o para el resto de las personas. Se intentará evitar con el resto de las medidas a disposición del paciente, pero en casos inevitables se procederá a la utilización de la sujeción mecánica.
 - A petición del paciente: es el propio paciente quien solicita la contención mecánica para poner una solución a su inquietud mediante la implantación de límites. Es el profesional quien debe determinar las maneras y el tiempo en el que se va a realizar dicho procedimiento.
2. Cuando la conducta del paciente supone un riesgo para las personas de su entorno: como su cuidador habitual, las personas que viven con él, los profesionales a cargo de paciente, otros pacientes, etc.
3. Para adherir, mantener o evitar interferencias con el programa terapéutico del paciente y si su situación no lo permite, como puede ser la aplicación de sondas, catéteres, vías venosas periféricas, etc.

Existen una serie de contraindicaciones respecto al uso de las contenciones mecánicas, las cuales son (20):

1. Orden médica de no hacer uso de las contenciones en un paciente.
2. Como castigo al paciente.
3. Cuando exista otra alternativa respecto al abordaje.
4. Ante la negativa a la adherencia al tratamiento en un paciente consciente y orientado.
5. Ante la presencia de cuadros confusionales en los que el diagnóstico pueda empeorar por falta de estimulación.
6. Por decisión propia del equipo terapéutico sin indicaciones previas.
7. Ante la falta de conocimiento sobre el estado general del paciente.

Una vez aplicada la restricción tendrán que desarrollarse una serie de actividades para asegurar el bienestar de la persona contenida, siendo las siguientes (21):

- Durante la 1ª hora el paciente debe ser valorado cada 15 minutos de forma constante, reconociendo cualquier contratiempo y registrando dichos datos de forma objetiva.
- En la 2ª hora, este registro se realizará cada hora, donde se anota si se le han proporcionado líquidos, ha orinado, etc.
- En caso de tomar neurolépticos o medicación con efecto sedante se le tomarán las constantes vitales una vez por turno, para evitar los efectos adversos de los fármacos, como puede ser el “Síndrome neuroléptico maligno (21)”.
- Habrá un profesional de referencia a cargo del paciente para asegurar el cumplimiento de las necesidades básicas y no vulnerar sus derechos. El profesional de referencia es el encargado de asegurar la correcta colocación del dispositivo, permitiendo las necesidades básicas del cuerpo humano como la circulación y la respiración, el aporte de líquidos y alimentos, estipular un tiempo determinando donde se libere al paciente, dejarle acudir al baño cuando la situación lo permita, etc.
- Durante la sujeción hay que valorar en el paciente: el estado de ánimo, las posturas que adopta, la opresión de algún miembro del cuerpo, la temperatura de las manos y pies, etc (14).
- Cambios posturales cada dos horas para prevenir la aparición de úlceras por presión en el paciente.
- Proteger las zonas de apoyo como las prominencias óseas.

4.1.3. Consentimiento informado y prescripción facultativa.

Cuando se aplique una contención y no sea aprobada por parte del paciente o tutor legal se comunicará al juzgado en un tiempo máximo de 24 horas, el cual dará su consentimiento o no (8). Para realizar esta solicitud previamente se ha de rellenar un documento donde se indique el nombre del solicitante, el nombre del centro donde se va a ejecutar y el nombre del paciente con su correspondiente D.N.I. (ANEXO 2).

Para defender y garantizar los derechos de los pacientes portadores de las contenciones se debe asegurar el cumplimiento de dos documentos de gran importancia, los cuales son el consentimiento informado y la prescripción facultativa (27).

A la hora de aplicar una contención es imprescindible la realización del consentimiento informado donde aparece la firma del afectado o por el contrario la del representante legal, este documento se realizará de forma escrita (7).

Se realizará un consentimiento informado por cada sujeción y su forma de aplicación, no siendo válido un mismo documento para varias contenciones. Esto ha de ser así para dejar constancia de que se han aceptado los distintos tipos de contenciones a emplear (7).

Los usuarios o en su defecto los tutores legales tienen la libertad de rechazar o negarse a adoptar las medidas de restricción pautadas. Para ello, se realizará un escrito expresando la negación a la aplicación de estas medidas terapéuticas con la firma correspondiente del usuario o del representante legal (7).

En dicho documento se registrará el nombre del usuario, el tipo de sujeción, el motivo por el cual se ha decidido aplicar la restricción, la firma de la persona que proporciona la documentación, registrando de que profesional se trata, el nombre y apellidos de la persona que acepta o no acepta el uso de dichas medidas. Por último, el parentesco que tiene con la persona portadora de la contención mecánica con su correspondiente firma (Anexo 3).

En caso de necesitar hacer uso de la contención se procederá a elaborar la prescripción facultativa. En este documento se debe registrar como mínimo el tipo de contención y el motivo de su aplicación (27). Lo ideal es que apareciese la identificación del paciente, a quien se le ha explicado la necesidad de aplicar la contención, el motivo de la sujeción, el estado en el que se encuentra el paciente, y la pauta de la contención. Es decir, en que momento se aplicará, si en un momento exacto, durante todo el día, la noche o las 24 horas del día; el tipo de sujeción, la firma de quien lo pauta y quien acepta el uso de la contención (Anexo 4).

En caso de urgencia no es necesario la prescripción facultativa de forma inmediata, al aplicarse con el objetivo de evitar o reducir al máximo daños graves a la persona o a terceros. Esta situación hace que el procedimiento no se pueda realizar como se ha explicado a lo largo de este capítulo. Una vez establecida la contención se comunicará al Ministerio Fiscal (7).

Son el médico y el personal de enfermería encargados del paciente quienes valoran la eliminación de la contención cuando se considere que el objetivo terapéutico ha sido alcanzado. Una vez que se proceda a la retirada de la sujeción ambos profesionales registrarán la eliminación de la contención en órdenes médicas, en los cuidados de enfermería y en el documento habilitado para ello (20) (Anexo 5).

4.1.4. Retirada de la contención física

Estas medidas se retirarán paulatinamente cuando el paciente incremente su autocontrol y se le indicará paso por paso el procedimiento para que tenga constancia de ello y no se agite. En su retirada se requiere la presencia del personal, siendo como mínimo dos personas que estarán valorando el comportamiento del paciente durante el procedimiento (20).

Las contenciones deben mantenerse el menor tiempo posible. El tiempo máximo que debería estar una persona contenida son 12 horas, pudiendo aumentar éste a 72 horas ininterrumpidas en casos extremos, pero nunca superarlas (20).

4.2. Alternativas a las restricciones físicas.

Es importante resaltar que antes de la utilización de restricciones físicas se deberían buscar alternativas para reducir al máximo su empleo y las complicaciones asociadas. Por ello, la “Ley de reforma de hogares de ancianos de 1987” estableció que los lugares de residencia de las personas de la tercera edad tienen derecho a no hacer uso de las restricciones cuando no se consideren necesarias y se utilicen para comodidad de los profesionales (28).

Tras la realización de numerosos estudios y la formación proporcionada a los profesionales sanitarios que ejercen la implantación de estas medidas, se ha conseguido reducir el número de sujeciones físicas empleadas en instituciones donde residen personas ancianas debido a los efectos negativos que tiene sobre estos, localizando alternativas a éstas (29).

Algunas de las alternativas para evitar el uso de sujeciones en la cama son (29):

- Establecer de forma individualizada la supervisión nocturna en base a las necesidades del paciente. Realizando este control de forma más frecuente en los pacientes que así los precisen.
- Camas con elevador dejándolas a una altura de 20 cm del suelo, con lo cual las consecuencias de las caídas serán mínimas, reduciendo de forma notable los daños en el usuario.



- Posicionar un colchón a cada lado de la cama. Con esto se reducen de forma notable las consecuencias o lesiones que puede padecer el paciente en caso de caída.
- Ajustar la altura de las camas de los residentes para que toquen el suelo cuando estén sentados.
- Sensor de cama ibernex (30): Este sensor se puede colocar en camas y en sillones, siendo capaz de captar la postura corporal que adopte el paciente y los movimientos que éste realice mientras permanece tumbado. Cuando el usuario realiza cambios posturales o movimientos para incorporarse, este sensor emana una alarma que informa a los profesionales sanitarios y evita o reduce las distintas situaciones de riesgo.

Para que este dispositivo funcione es necesario la utilización de un sensor que tenga la capacidad de detectar y transmitir los datos obtenidos a una plataforma de forma correcta indicando que el paciente va a levantarse.



Alternativas para evitar sujeciones en sillas de ruedas o sillones (29):

- Facilitar los desplazamientos de los pacientes cuando sea necesario, para evitar que estos se levanten de forma autónoma, disminuyendo así el riesgo de caídas.
- “Terapia de validación” para pacientes con deterioro cognitivo (demencia). El objetivo de esta terapia consiste en la estimulación del paciente con la realización de actividades adecuadas para su situación.
- Eliminar los obstáculos y las barreras arquitectónicas del entorno para reducir al máximo el riesgo de caídas (29):
 1. Iluminación correcta.
 2. Eliminar los objetos presentes en el suelo como cables, mesitas, etc.
 3. Instalar barandillas en pasillos para garantizar una deambulación más segura.
 4. Lugares amplios para facilitar a las personas manipular y utilizar el andador.
 5. Únicamente hacer uso de las sillas de ruedas en los desplazamientos y en casos estrictamente necesario.
 6. Ambiente tranquilo, reducir al máximo el nivel de ruidos, música relajante, colores que transmitan tranquilidad.
- Control de errantes (31): este sistema permite controlar de forma segura a las personas que se desorientan con frecuencia o que padecen enfermedades con alteración cognitiva, como puede ser el caso del Alzheimer.

Estos sistemas son cada vez más demandados en residencias, centros de días e incluso en hospitales. Son “equipos de radiofrecuencia activa” que proporcionan la monitorización de situaciones críticas, como las salidas en tiempo real.

Los pacientes y los trabajadores del centro tienen un “tag activo”. A través de una señal que emite este dispositivo es posible conocer la ubicación de toda persona que disponga de este lector.

Este sistema permite controlar, según la intensidad de la antena con la que se haya realizado la instalación, las siguientes zonas (31):

1. Las zonas críticas
2. Zonas cercanas a las salidas o sitios de conflicto.
3. Las distintas zonas del entorno, habitaciones, comedores.

Este dispositivo permite actuar de manera inmediata, es decir, desde el instante en que se produce la fuga o situación anómala, de esta forma se puede intervenir desde el momento inicial evitando complicaciones irreparables (31).



- Protectores de cadera (31): Son protectores de gran consistencia, están hechos de plástico o de espuma que presentan una consistencia más blanda. Son empleados para reducir las lesiones provocadas por caídas o la posible reducción de fractura de cadera, se debe colocar a la altura de ésta (32).



Colocar mobiliario del lugar de residencia de distinto color o con otro tacto distinto al habitual. De esta forma se tendrán señalizados los lugares a los que no se quiere que tengan acceso los pacientes (29).

Gracias al Decreto Foral de Navarra otras comunidades autónomas han tomado la iniciativa de transformar sus residencias en instituciones “libres de sujeciones”. Un ejemplo de ello es Cantabria (33).

5. CONCLUSIÓN

Tras la realización de este trabajo, se puede constatar el avance que se ha producido en las últimas décadas con respecto al control y regulación de las contenciones en la población geriátrica a nivel autonómico, no existiendo un acuerdo normativo definido a nivel estatal.

Sin embargo, la utilización de contenciones físicas continúa siendo un tema muy controvertido dado el índice elevado de su utilización, y la repercusión que supone a nivel ético, social y jurídico.

Para su aplicación hay que agotar todas las alternativas nombradas previamente en esta monografía, no atentando contra derechos fundamentales como la dignidad, la libertad y la autonomía de las personas, ni faltando a los cuatro principios éticos que se vulneran en algunas ocasiones. Muchas veces, un uso incorrecto de las sujeciones se debe a la falta de formación de los profesionales presentes en el momento de la contención.

Se han desarrollado normativas reguladoras en forma de protocolos en las distintas comunidades autónomas con diferencias notorias entre ellas, pero existen dos aspectos fundamentales en común:

- La atención se efectuará de manera individualizada, según la situación y necesidades del paciente.
- Se realizará únicamente habiendo agotado los recursos disponibles para solucionar el problema de base que provoca la contención del paciente.

Con la revisión de la bibliografía actual, se ha comprobado que el uso de las sujeciones, en su gran mayoría, lleva consigo más perjuicios y riesgos que beneficios. Por ello, muchas instituciones, con la ayuda del gobierno, están consiguiendo centros “libres de sujeciones”, aunque existen todavía algunos que continúan aplicando estas medidas.

Sería interesante desarrollar un procedimiento más eficiente y fiable, disponiendo de material homologado y sistemas de formación y apoyo para los profesionales sanitarios, poniendo de manifiesto los riesgos que supone ejecutar contenciones físicas. No hay que olvidar que el hecho de tener conocimientos en base a la utilización y manejo de estos dispositivos no significa que se puedan utilizar de manera arbitraria.

El principio fundamental para reducir de forma notable el uso de las contenciones es utilizar las distintas alternativas que se encuentran a disposición del usuario con el objetivo de producir el menor daño al paciente.

Es un hecho constatado que para alcanzar unos cuidados óptimos es necesario tener constancia e implicación en los cuidados aportados a las personas subsidiarias de contenciones, intentando evitar dicha aplicación en la medida de lo posible. Este objetivo se alcanza mediante una correcta formación de los cuidadores, profesionales, familias, instituciones y organizaciones.

La principal función de la enfermera es evitar el uso de las restricciones físicas, proporcionando unos cuidados de calidad y asegurando el mayor bienestar del paciente. Ante la necesidad inminente de aplicar una contención, se llevará a cabo respetando los derechos de la persona.

6.ANEXOS

Anexo 1: Contención farmacológica. *Fuente:* Comité Interdisciplinar de Sujeciones. Documento de Consenso sobre Sujeciones mecánicas y farmacológicas. Madrid: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología; 2014.

BENZODIACEPINAS	Indicadas en cuadros de agitación con componente ansioso. Contraindicado: en ciertos episodios de delirio.		
Fármaco	Vía de administración	Dosis	Efectos secundarios
Lorazepam	Vía oral	0,5 – 2 mg → intervalos de 30 min a 2h, hasta que el paciente se calme. NUNCA superar 4 mg en un periodo de 90 min.	Reacciones paradójicas en pacientes con atención psiquiátrica y en personas mayores: pueden sufrir irritabilidad, sueños vividos, agresividad, delirio → antídoto: Flumazenilo Intoxicación: sedación, somnolencia, sensación de falta del aire, hipotonía, depresión respiratoria Antídoto: Flumazenilo , reducir síntomas (0,3 mg i.v. directa en 3-5 min)
	Vía sublingual: mayor rapidez de acción		
Diazepam	Vía oral		
	Vía intramuscular: músculo deltoides		
	Vía intravenosa: cuidados con la depresión respiratoria		
Clorazepato	Vía oral	25-50 mg/día	
Midazolam	Vía intramuscular o intravenosa	1-15 mg/día.	

ANTIPSICÓTICOS	Indicado en pacientes con agitación psicóticas, ante episodios de delirio, confusión marcada, alucinaciones y dificultades respiratorias.		
Fármaco	Vía de administración	Dosis	Efectos secundarios
Antipsicóticos típicos - Haloperidol - Haloperidol con BZD	Intramuscular	5-10 mg (máx. 30 mg/día) 10 mg/día.	Efectos extrapiramidales. Pueden aparecer al de 1h a 48h. Antídoto: Anticolinérgico → Biperideno 2 mg/i.m.
		25-50 mg/día.	

<p>Antipsicóticos atípicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risperidona - Olanzapina - Quetiapina - Zuclopentixol 	<ul style="list-style-type: none"> - Vía oral - Vía oral / vía intramuscular - Vía oral - Vía intramuscular 	<ul style="list-style-type: none"> - 0,5 – 6 mg - 5-20 mg/día (dosis c/2h se puede repetir). - 1º día: 25 mg/12h. 2º día: 50 mg/12h. 3º día 100 mg/12 h. (dosis de mantenimiento 100-200mg/día) - 50-150 mg/i.m/3 días. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede originar hipotensión inicialmente. - Sedación de larga duración.
Antipsicóticos asociados a BZD	Menos efectos secundarios que ambos fármacos administrados por separado.		

Anexo 2: Documento de comunicación al juzgado. *Fuente:* Marco Marco J, Vicente Edo MJ, Comet Cortés P, Sicilia Tornos A, Bordejé Sotillos J, Sanjuan Cuartero R, et al. Protocolo de sujeción física, de aplicación en atención domiciliaria y centros asistenciales sociales y sanitarios. Gob Aragon Dep Sanidad, Bienestar Soc y Fam [Internet]. 2014;1–37. Disponible en: <http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2017/04/DBE-Protocolo-sujecciones-fisicas.pdf>

D./Dña _____, médico/a del
Centro _____,

COMUNICA A V.I.

Que en el día de la fecha se ha procedido a la restricción temporal de movimientos del usuario D./Dña _____, DNI _____ en contra de su voluntad y con carácter de urgencia, por estar facultativamente indicado al encontrarse incluido en uno de los supuestos contemplados en el Protocolo de Sujeciones Físicas IASS/SALUD de este centro.

La finalización de dicha restricción involuntaria de movimientos se realizará cuando la situación del usuario lo permita.

Lo que informo a V.I. para su conocimiento y efectos oportunos.

En _____ a ____ de _____ de 20

Fdo.: Dr./a _____
Nº de colegiado

Anexo 3: Consentimiento informado. *Fuente:* Marco Marco J, Vicente Edo MJ, Comet Cortés P, Sicilia Tornos A, Bordejé Sotillos J, Sanjuan Cuartero R, et al. Protocolo de sujeción física, de aplicación en atención domiciliaria y centros asistenciales sociales y sanitarios. Gob Aragon Dep Sanidad, Bienestar Soc y Fam [Internet]. 2014;1–37. Disponible en: <http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2017/04/DBE-Protocolo-sujeciones-fisicas.pdf>

Se propone que el usuario.....sea limitado
en su capacidad de movimientos mediante:

Sujeción en silla	Sujeción en cama	Otros tipos de sujeción
<input type="checkbox"/> Cinturón abdominal <input type="checkbox"/> Cinturón abdominoperineal <input type="checkbox"/> Chaleco de sujeción a tronco <input type="checkbox"/> Chaleco de sujeción troncoperineal <input type="checkbox"/> Tobilleras <input type="checkbox"/> Muñequeras	<input type="checkbox"/> Cinturón abdominal <input type="checkbox"/> Tobilleras <input type="checkbox"/> Muñequeras <input type="checkbox"/> Sabana de cremallera <input type="checkbox"/> Pijama mono <input type="checkbox"/> Barras protectoras	<input type="checkbox"/> Manoplas <input type="checkbox"/> Elemento atravesado <input type="checkbox"/> Reducción física <input type="checkbox"/> Confinamiento en habitación

El motivo de esta propuesta se debe a:

☐ Riesgo o amenaza para la integridad física del paciente o de la persona cuidada
☐ Riesgo o amenaza para la integridad física de otras personas y/o el entorno: personas que conviven con el paciente o la persona cuidada
☐ Aplicación y mantenimiento de programas terapéuticos del paciente o de otros pacientes (sondas, catéteres, vías venosas periféricas)
☐ Solicitud del usuario o persona cuidada.

Informante: (T.S./Médico/Enfermero/ Director Del Centro)

Fdo.:.....

PERSONA INFORMADA:

D. _____, en calidad de:

☐ Usuario ☐ Familiar ☐ Tutor legal.

Manifiesto que he sido informado de los riesgos (*) que conlleva la medida de sujeción y

☐ DOY mi conformidad con las medidas de sujeción propuestas

☐ NO DOY mi conformidad con las medidas de sujeción propuestas

En _____ a _____ de _____ de

Fdo.: _____

Anexo 4: Indicación de la sujeción física. *Fuente:* Marco Marco J, Vicente Edo MJ, Comet Cortés P, Sicilia Tornos A, Bordejé Sotillos J, Sanjuan Cuartero R, et al. Protocolo de sujeción física, de aplicación en atención domiciliaria y centros asistenciales sociales y sanitarios. Gob Aragon Dep Sanidad, Bienestar Soc y Fam [Internet]. 2014;1–37. Disponible en: <http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2017/04/DBE-Protocolo-sujecciones-fisicas.pdf>

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO/SERVICIO/UNIDAD	Apellidos..... Nombre...
	Nº Historia.....Nº Afiliación

INFORMACIÓN A USUARIO/FAMILIA/TUTOR
Se ha explicado la necesidad de contención a:
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familia
<input type="checkbox"/> No ha sido posible en ninguno de los casos <input type="checkbox"/> Consentimiento informado
INDICACIONES DE LA CONTENCIÓN (Márquese la casilla correspondiente):
Motivo de la sujeción:
<input type="checkbox"/> Por riesgo o amenaza para la integridad física del paciente o de la persona cuidada
<input type="checkbox"/> Por riesgo o amenaza para la integridad física de otras personas y/o el entorno: personas que conviven con el paciente o la persona cuidada
<input type="checkbox"/> Aplicación y mantenimiento de programas terapéuticos del paciente o de otros pacientes (sondas, catéteres, vías venosas periféricas, absorbentes)
<input type="checkbox"/> Solicitud del paciente o persona cuidada.
Estado del usuario:
<input type="checkbox"/> Agitado
<input type="checkbox"/> Violento/agresivo
<input type="checkbox"/> Confuso/Desorientado
<input type="checkbox"/> Impulsividad suicida
Pauta temporal (Por la noche/ día y noche/ horario determinado...):
Observaciones:.....

TIPO DE CONTENCIÓN:		
Sujeción en silla	Sujeción en cama	Otros tipos de sujeción
<input type="checkbox"/> Cinturón abdominal <input type="checkbox"/> Cinturón abdominoperineal <input type="checkbox"/> Chaleco de sujeción a tronco <input type="checkbox"/> Chaleco de sujeción troncoperineal <input type="checkbox"/> Tobilleras <input type="checkbox"/> Muñequeras	<input type="checkbox"/> Cinturón abdominal <input type="checkbox"/> Tobilleras <input type="checkbox"/> Muñequeras <input type="checkbox"/> Sabana inmovilizadora <input type="checkbox"/> Pijama mono <input type="checkbox"/> Barras protectoras	<input type="checkbox"/> Manoplas <input type="checkbox"/> Reducción física. <input type="checkbox"/> Confinamiento en habitación
Fecha de indicación: _____ Fecha de la revisión: _____ El/la responsable de la indicación: _____ El/la responsable de la ejecución y seguimiento: _____ Fdo. Médico/a..... Fdo. Enfermera/o.....		

Anexo 5: Indicación de la retirada de la sujeción. *Fuente:* Marco Marco J, Vicente Edo MJ, Comet Cortés P, Sicilia Tornos A, Bordejé Sotillos J, Sanjuan Cuartero R, et al. Protocolo de sujeción física, de aplicación en atención domiciliaria y centros asistenciales sociales y sanitarios. Gob Aragon Dep Sanidad, Bienestar Soc y Fam [Internet]. 2014;1–37. Disponible en: <http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2017/04/DBE-Protocolo-sujecciones-fisicas.pdf>

INDICACIÓN DE LA RETIRADA DE LA SUJECIÓN	
Fecha:.....	Hora:.....
Fdo. Enfermero/a.....	Fdo. Médico/a...

7.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2011 [Acceso 2 enero 2019];46 (1):36-42. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-problemas-seguridad-relacionados-con-aplicacion-S0211139X10002283>
2. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, González EN, Hernández Domingo de Guzmán Pérez, Crego MG. Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2013 [Acceso 3 enero 2019]; 48(5): 209-215. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X13000231>
3. Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. España; 2016. [Acceso 5 enero 2019]. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>
4. Fernández Rodríguez Á, Zabala Blanco J. Restricción física: revisión y reflexión ética. Gerokomos [Internet]. 2014 [Acceso 11 enero 2019]; 25 (2): 63-7. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision2.pdf>
5. Martínez A. ¿ Contención Física O Castigo? Un Recorte Histórico De Sus Antecedentes. V Congr Int Investig y Práctica Prof en Psicol XX Jornadas Investigación Noveno Encuentro Investig en Psicol del MERCOSUR Fac Psicol - Univ Buenos Aires [Internet]. 2013 [Acceso 5 enero 2019];95–7. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-054/295.pdf>
6. Comité Interdisciplinar de Sujeciones. Documento de Consenso sobre Sujeciones mecánicas y farmacológicas. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2014 [Acceso 15 junio 2019]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf
7. Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, regulador del uso de sujeciones tanto mecánicas como farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales. Ley Foral 15/2006 de Servicios Sociales, del 14 de diciembre. Boletín Oficial de Navarra, nº 204. [Acceso 16 enero 2019]. Disponible en: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=13898>
8. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Protocolo de contención de pacientes. Asturias: Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2005 [Acceso 17 enero 2019]. Disponible en: http://www.fundacionmanantial.org/ssm_area_3/programas/guias/guia_contencion.pdf
9. Vítolo F. Inmovilización física y Frecuencia de la contención mecánica ¿ Qué se entiende por contención mecánica ? [Internet]. 2013 [Acceso 17 enero 2019];(4):1–15. Disponible en: http://www.noble-arp.com/src/img_up/28032014.5.pdf
10. Megías-Lizancos F, Vila Gimeno C, Carretero Román J, Rodríguez Monge MA, Salas Rubio JM, Sánchez Alfonso J, et al. Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de consenso.

- Ciber Rev Rev Española Enfermería Salud Ment [Internet]. 2016 [Acceso 6 marzo 2019];V(1):8. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com>
11. Servicio Murciano de Salud. Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad. Murcia: Hospital Psiquiátrico Román Alberca, Servicio Murciano de Salud [Internet]. 2011 [Acceso 6 marzo 2019]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270474-pacientes_agitacion.pdf
 12. Busquets Alibés E, Busquets Surribas A, Cuxart Ainaud N. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales [Internet]. 2006 [Acceso 16 Enero 2019]. Disponible en: http://seegg.es/Documentos/doc_int/contencion_colg_barcelona.pdf
 13. Servicio Andaluz de Salud. Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico. Protocolo de contención mecánica. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud. [Internet]. 2010 [Acceso 16 enero 2019]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/410/pdf/protocolocm_nov_2010.pdf
 14. Marco Marco J, Vicente Edo MJ, Comet Cortés P, Sicilia Tornos A, Bordejé Sotillos J, Sanjuan Cuartero R, et al. Protocolo de sujeción física, de aplicación en atención domiciliaria y centros asistenciales sociales y sanitarios. Gob Aragon Dep Sanidad, Bienestar Soc y Fam [Internet]. 2014 [Acceso 2 enero 2019];1–37. Disponible en: <http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2017/04/DBE-Protocolo-sujecciones-fisicas.pdf>
 15. Vidal D. Barandilla para cama y como evitar las caídas - Tienda Cuidum [Internet]. Cuidum. 2018 [Acceso 4 marzo 2019]. Disponible en: https://www.cuidum.com/blog/barandilla-para-cama-y-como-evitar-las-caidas/#Protectores_para_barandillas
 16. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. Age Ageing. [Internet]. 1997 [Acceso 17 enero 2019];26(SUPPL. 2):43–7. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/1740/727c9bb6b49af3cb8544e073cb13a565523b.pdf>
 17. Galán Cabello CM, Trinidad Trinidad D, Ramos Cordero P, Gómez Fernández JP, Alastruey Ruiz JG, Onrubia Pecharroman A, et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2008 [Acceso 17 enero 2019];43(4):208–13. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71184-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71184-3)
 18. Burgueño Torijano A, Iborra Marmolejo I, Martínez Sánchez P, Pérez Cano V. Prevalencia comunicada de sujeciones físicas [Internet]. 2016 [Acceso 18 Enero 2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/84423538-Prevalencia-comunicada-de-sujecciones-fisicas.html>
 19. Casas Oñate ML, Cerro Serrano C, Martínez Terol F, Velasco Sánchez EM. Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Protocolo Consensuado. Revisión 2012 Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) [Internet]. 2012 [Acceso 20 enero 2019];0–23. Disponible en: http://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_prevenccion_caidas_y_lesiones_derivadas_en_personas_mayores.pdf

20. Protocolo de contención mecánica . Consejería de Sanidad y Políticas Sociales [Internet]. 2017 [Acceso 20 enero 2019];1-56. Disponible en: <http://www.areasaludbadajoz.com/PROTOCOLO DE CONTENCI%C3%83Nbadajoz.pdf>

21. PROTOCOLO DE CONTENCIÓN Y SUJECCIÓN DE PACIENTES [Internet]. Extranet.hospitalcruces.com. 2008 [Acceso 6 marzo 2019]. Disponible en: <http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/PROTOCOLO%20CONTENCION%20Y%20SUJEC%20%20DE%20PACIENTES%20%20 2009.pdf>

22. Protocolo de contención de movimientos de pacientes [Internet]. Aeesme.org. 2010 [Acceso 6 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Protocolo-Contenci%C3%B3n-de-movimientos-de-pacientes-Hospital-cl%C3%ADnico-San-Carlos.Madrid.pdf>

23. Joshua M, Wiener PD, Marc P, Freiman PD, David Brown MA. Nursing Home Care Quality Twenty Years After The Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987. Kaiser Fam Found [Internet]. 2007 [Acceso 6 marzo 2019]; (December):1–53. Disponible en: <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7717.pdf>

24. Fariña-López E, Camacho Cáceres AJ, Estévez-Guerra GJ, Bros i Serra M. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2009 [Acceso 2 enero 2019];44(5):262–5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-linkresolver-accidentes-asociados-al-uso-restricciones-S0211139X09001115>

25. Quintero-Urbe LC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. Rev Esp Med Legal [Internet] 2012 [Acceso 6 marzo 2019];38:28-31. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-muertes-provocadas-por-cinturones-contencion-S0377473211000046>

26. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Todesfälle bei gurtfixierungen. Dtsch Arztebl Int [Internet] 2012 [Acceso 17 marzo 2019];109(3):27–32. Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article?id=119584>

27. Estévez-Guerra GJ, Fariña-López E, Penelo E. Prescripción facultativa y consentimiento informado ante el uso de restricciones físicas en centros geriátricos de las Islas Canarias. Gac Sanit [Internet]. 2018 [Acceso 8 abril 2019];32(1):77–80. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0213911116302369/1-s2.0-S0213911116302369-main.pdf?_tid=69cc2143-b71e-46db-93ab-c2901815648a&acdnat=1520336311_b50179dc6760203725dbf70e056bbf6a

28. Cotter VT. Restraint free care in older adults whit dementia. Keio J Med [Internet] 2005 [Acceso 9 abril 2019];54:80-4. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/kjm/54/2/54_2_80/article

29. ALTERNATIVAS A LAS SUJECIONES EN GERIATRÍA [Internet]. Proautonomia-proautonomia.blogspot.com. 2016 [Acceso 14 abril 2019]. Disponible en:

<http://proautonomia-proautonomia.blogspot.com/2012/07/alternativas-las-sujecciones-en.html>

30. Ibernex desarrolla un sensor que evita las caídas de pacientes geriátricos al levantarse de la cama - Geriatricarea.com [Internet]. Geriatricarea.com. 2018 [Acceso 14 abril 2019]. Disponible en: <http://geriatricarea.com/ibernex-desarrolla-un-sensor-que-evita-las-caidas-de-pacientes-geriatricos-al-levantarse-de-la-cama/>
31. Control de errantes en residencias - Kimaldi [Internet]. Kimaldi. 2016 [Acceso 14 abril 2019]. Disponible en: https://www.kimaldi.com/sectores/geriatricos_y centros sanitarios/control de errantes en residencias/
32. Protector de Cadera OPTIMUS, Previene Lesiones de Cadera - Asister [Internet]. Una hermana. 2017 [Acceso 1 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.asister.es/es/tienda/protector-de-cadera-optimis/>
33. Fariña-López E. ¿Puede eliminarse la restricción física en los centros de personas mayores? [Internet]. Scielo.isciii.es. 2017 [Acceso 14 abril 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300115